

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Philippe MAZET

né le 11 septembre 1938 à Nérès-les-Bains (Allier)

Interne des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DE L'ULCERE DUODENAL

Etude corrélative de la sécrétion ^{gastrique} et des caractéristiques
psychologiques de 85 sujets

Président : Monsieur H. BRICAIRE, Professeur.

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1970

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Philippe M A Z E T

né le 11 septembre 1938 à Néris-les-Bains (Allier)

Interne des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DE L'ULCERE DUODENAL

Etude corrélatrice de la sécrétion et des caractéristiques
psychologiques de 85 sujets

Président : Monsieur H. BRICAIRE, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THESE

Année 1931

pour le

DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Spécialité de Médecine)

par

Monsieur J. A. B. T.

né le 17 septembre 1905 à Paris (Seine) (Métier)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présente des Mémoires Rédigés de la façon

suivante et soumis publiquement le



pour le Diplôme de Docteur en Médecine

Etant certifié de la véracité et de l'originalité
des Mémoires de ce candidat

Président du Jury : Monsieur H. GILBERT, Professeur.

A mes parents

A ma famille

et à mes amis.

A Monsieur le Professeur H. B R I C A I R E

qui a bien voulu accepter

la présidence de cette thèse.

en témoignage de ma respectueuse admiration.

A Monsieur le Professeur Agrégé S. B O N F I L S

qui m'a confié le sujet de cette thèse

qu'il trouve là la marque de ma
gratitude et de mon attachement.

A Monsieur le Docteur M. de M' U Z A N

Psychanalyste, dont l'intérêt pour le
domaine psychosomatique a été déterminant pour moi.

en témoignage de ma reconnaissance.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette thèse

avec tous mes remerciements.

A mes Maîtres d'externat :

Monsieur le Docteur P. GUENIN
Monsieur le Professeur S. de SEZE
Monsieur le Docteur J. VIGNALOU
Monsieur le Professeur R. FAUVERT
Monsieur le Professeur J. BERNARD
Monsieur le Docteur J.-J. RONDEPIERRE
Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE

A mes Maîtres d'Internat des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur Agrégé S. BONFILS
Monsieur le Professeur Agrégé R. BOUCHARD
Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE
Monsieur le Professeur H. BRICAIRE
Monsieur le Professeur P. PICHOT
Monsieur le Professeur L. MICHAUX
Monsieur le Professeur Cl. LAUNAY

A Monsieur le Docteur Ph. PAUMELLE et les Médecins du
Centre de Santé mentale adulte du XIII^e A.

avec toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur J. CAMBIER
Monsieur le Professeur Agrégé D. LAPLANE
Monsieur le Docteur J. LEPRAT
Monsieur le Professeur Agrégé D.J. DUCHE
Monsieur le Professeur Agrégé M. DUGAS

A tous les Chefs de Clinique-Assistants

qui m'ont aidé de leurs conseils et m'ont fait
profiter de leur expérience.

A Madame le Docteur D. BRUNSCHWEIG
Psychanalyste.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

A) Les sujets

B) L'étude de la sécrétion gastrique

C) L'étude psychosomatique

1) technique

2) les données psychologiques : les types psychosomatiques

III - RESULTATS

Répartition de la population dans les divers types psychosomatiques

A) corrélations entre caractéristiques cliniques et types psychosomatiques.

B) corrélations entre sécrétion et types psychosomatiques.

IV - DISCUSSION DES RESULTATS

A) étude critique des résultats

B) confrontation avec les résultats d'autres études corrélatives.

V - CONCLUSIONS

VI - BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

I - INTRODUCTION

Les interactions entre les facteurs psychologiques et le fonctionnement du tube digestif normal ou pathologique sont évidentes. Aussi la gastroentérologie représente-t-elle un domaine tout à fait privilégié pour les études psychosomatiques.

Deux domaines sont habituellement distingués au sein des faits qui peuvent être envisagés dans cette perspective :

- celui des troubles psychofonctionnels digestifs, moteurs ou sécrétoires, de siège œsophagien (comme certaines dysphagies) ou gastrique (certains vomissements ou épigastralgies par exemple) ou bien intestinal, colique notamment (certaines diarrhées ou constipations, etc...)

- celui des affections digestives proprement dites, à composante psychosomatique comme l'ulcère duodénal et la rectocolite hémorragique.

x

x x

L'ulcère gastro-duodénal a fait l'objet de très nombreuses études depuis plus de trente ans, visant à préciser la part du psychisme dans sa détermination et son évolution, et à authentifier aussi bien certaines convictions tout à fait communes que les données d'une intuition clinique très ancienne.

...

Ces études sont en règle très disparates, chaque école suivant ses méthodes et ses conceptions pathogéniques, ce qui aboutit à des résultats très hétérogènes.

On peut cependant très schématiquement distinguer deux lignes directrices dans ces travaux :

- Ceux qui sont centrés sur le rôle des circonstances extérieures dans la genèse de l'ulcère.

Les études statistiques concernant la fréquence des ulcères gastro-duodénaux en temps de guerre (4 fois plus d'ulcères qu'en temps de paix dans la population civile selon LAMBLING et coll. (10) ; 4 fois plus d'ulcères dans les militaires lors des opérations d'Afrique du Nord selon LAVERDANT et coll. (11) sont un exemple de ce type de travaux, de même que deux qui mettent l'accent sur les corrélations entre la biographie (mise en évidence de "stress") et l'évolution de l'ulcère.

- Ceux qui s'intéressent surtout à certaines particularités de l'affectivité ou de la personnalité des ulcéreux. Cette tendance de très loin la plus importante par la somme des études qui lui sont consacrées, est surtout illustrée par des psychanalystes, ALEXANDER notamment, qui insistent par ailleurs sur les très étroites inter-relations qui s'établissent au cours du développement de l'enfant entre son affectivité et le fonctionnement digestif.

Tout à fait à part est la perspective d'inspiration réflexologique adoptée par BYKOW et certains chercheurs russes étudiant,

au cours de l'évolution de l'ulcère gastro-duodéal la "force" du système nerveux central par le jeu des réflexes conditionnés.

Ce sont les travaux d'ALEXANDER, commencés il y a près de 40 ans (2) qui ont contribué le plus à attirer l'attention sur les interactions psychosomatiques dans l'ulcère gastro-duodéal. Selon cet auteur, on ne retrouve pas chez l'ulcéreux un type de personnalité particulier mais un conflit identique (quelle que soit l'organisation de la personnalité) et spécifique qu'il résume ainsi (1) : c'est un conflit "entre les désirs de rester dans une situation de dépendance infantile, d'être aimé, couvé" et les aspirations "du moi adulte, son orgueil, ses désirs d'indépendance, d'achèvement, le sentiment de pouvoir se suffire à soi-même", d'où un sujet souvent ambitieux, hyperactif, ayant une soif d'autonomie et d'indépendance marquée.

ALEXANDER a cru pouvoir expliquer l'étiologie de l'ulcère gastro-duodéal à l'aide de schémas physio-pathologiques, qui apparaissent aujourd'hui trop simplistes et trop restrictifs : frustration prolongée de désirs oraux captatifs —> refoulement de ces désirs —> modifications sécrétoires, vasomotrices, neuro-endocriniennes de l'estomac —> ulcère gastro-duodéal.

Depuis ALEXANDER, de très nombreuses études ont été faites dans cette même perspective, qui ont confirmé la fréquence et la netteté du conflit dépendance-indépendance chez l'ulcéreux, tout en ne reconnaissant pas cependant le caractère spécifique (pour l'ulcéreux) d'un tel conflit retrouvé chez de nombreux autres sujets.

C'est le cas notamment de de M'UZAN et BONFILS (15) à la suite de leurs constatations faites chez 108 ulcéreux gastro-duodénaux (1961).

Ces quelques notions ne résument bien entendu pas l'apport des travaux psychosomatiques chez l'ulcéreux. Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet ; il faudrait notamment citer GARMA (7) qui a observé lui aussi des conflits oraux et leurs conséquences, ambivalence et tendances surcompensatrices ; mais surtout a accordé un rôle plus important aux fantasmes et représentations d'une mauvaise mère introjectée, plutôt qu'aux désirs frustrés de nourriture.

x

x x

Parallèlement aux études de l'ulcère gastro-duodéal à visée psychosomatique, ont largement progressé les connaissances concernant la psycho-physiologie du tractus gastro-intestinal et de l'estomac singulièrement, depuis les premières expériences de PAVLOV à la fin du XIXème Siècle.

Parmi les très nombreuses contributions dans ce domaine, il faut citer en raison de leur importance historique et du sens critique très poussé des auteurs, les constatations de WOLF et WOLFF (1942) sur un patient porteur d'une fistule gastrique qu'ils observèrent pendant plus de dix ans dans des circonstances très variables (23, 24). Ces auteurs

montrent bien l'importance des facteurs psychiques sur la fonction gastrique, décrivant deux types différents de réaction gastrique :

- des réactions d'hyperfonction, avec augmentation de la sécrétion, de la motilité et de l'irrigation lors de représentations excitant l'appétit, d'épisodes de colère, de conversations provoquantes, bref "dans les situations de conflits internes avec désir retenu d'attaque ou de défense".

- des réactions d'hypofonction lors de sentiments d'infériorité, de culpabilité, de craintes anxieuses, d'humeur dépressive, dans des situations où se manifeste une "tendance à la fuite ou à l'évitement en face d'une situation affective chargée".

Depuis, de nombreux travaux, dont certains sous hypnose, sont venus confirmer ces résultats tout en les nuancant, car ces modifications sécrétoires ne sont pas constantes ni spécifiques (l'importance du facteur personnel est majeur) ; les variations d'amplitude sont modérées, n'ayant rien de commun avec par exemple l'hypersécrétion massive provoquée par la stimulation gastrique au cours du syndrome de ZOLLINGER-ELLISON.

x

x x

Le but de ce travail n'est pas de faire une revue générale des travaux psychosomatiques concernant l'ulcère duodénal mais :

- d'exposer les résultats d'une étude psychologique

chez 85 sujets ayant un ulcère duodénal certain, non opéré ;

- de mettre en évidence les corrélations éventuelles entre les caractéristiques psychiques, cliniques et sécrétoires en vue de préciser les liens qui peuvent exister entre les facteurs psychiques et le niveau sécrétoire chez l'ulcéreux ;

- de confronter les résultats de cette étude aux données de la littérature concernant ce domaine des relations psycho-sécrétoires chez l'ulcéreux ;

II - MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

II.- MATERIEL ET METHODES D'ETUDE

L'étude porte sur 85 sujets ayant un ulcère duodénal certain. On examine pour chacun :

- la sécrétion gastrique
- l'aspect psychosomatique

A) Les sujets

Les 85 sujets font partie d'une population globale de 100 malades ayant un ulcère gastro-duodénal, examinés de mars 1964 à octobre 1968 dans le Service du Pr. Agr. S. BONFILS.

La population globale est constituée ainsi :
15 ulcères gastriques, 77 ulcères duodénaux isolés ; 8 ulcères duodénaux avec localisation gastrique associée (localisation double gastro-duodénale).

Les ulcères gastriques ont été exclus de cette étude car leurs caractéristiques sécrétoires (tendance à l'hyposécrétion tant en concentration qu'en débit) sont nettement différentes de celles des ulcères duodénaux (tendance à l'hypersécrétion globale nette portant sur le volume, le débit acide).

En ne gardant que les ulcères duodénaux, on a donc une population homogène au point de vue sécrétoire.

1°) Il s'agit de 85 ulcères duodénaux dont 8 à localisation double gastro-duodénale ; il faut noter là la proportion élevée du siège duodénal (de 55 à 65 % dans la majorité des études françaises) et des localisations doubles dans la population étudiée ici.

Ce sont 85 ulcéreux non gastrectomisés ou non gastro-entérostomisés car gastrectomie et gastroentérostomie modifient bien entendu la sécrétion gastrique (diminution de la sécrétion acide).

N'ont été retenus que les malades dont le diagnostic d'ulcère duodénal est certain (image radiographique caractéristique).

Les études sécrétoire et psychosomatique ont été faites à la même époque, lors de la même poussée ulcéreuse. 54 sujets ont été examinés en consultation externe ; 31 ont été hospitalisés.

2°) Caractéristiques de la population étudiée.

a) caractéristiques générales

Le sexe se répartit ainsi : 71 hommes (83 %) et 14 femmes (17 %) : proportion à peu près habituelle dans les ulcères duodénaux.

L'âge lors de l'examen est en moyenne de 40 ans avec la répartition en classes d'âges indiquée à la figure 1. Les âges extrêmes sont de 18 et 70 ans.

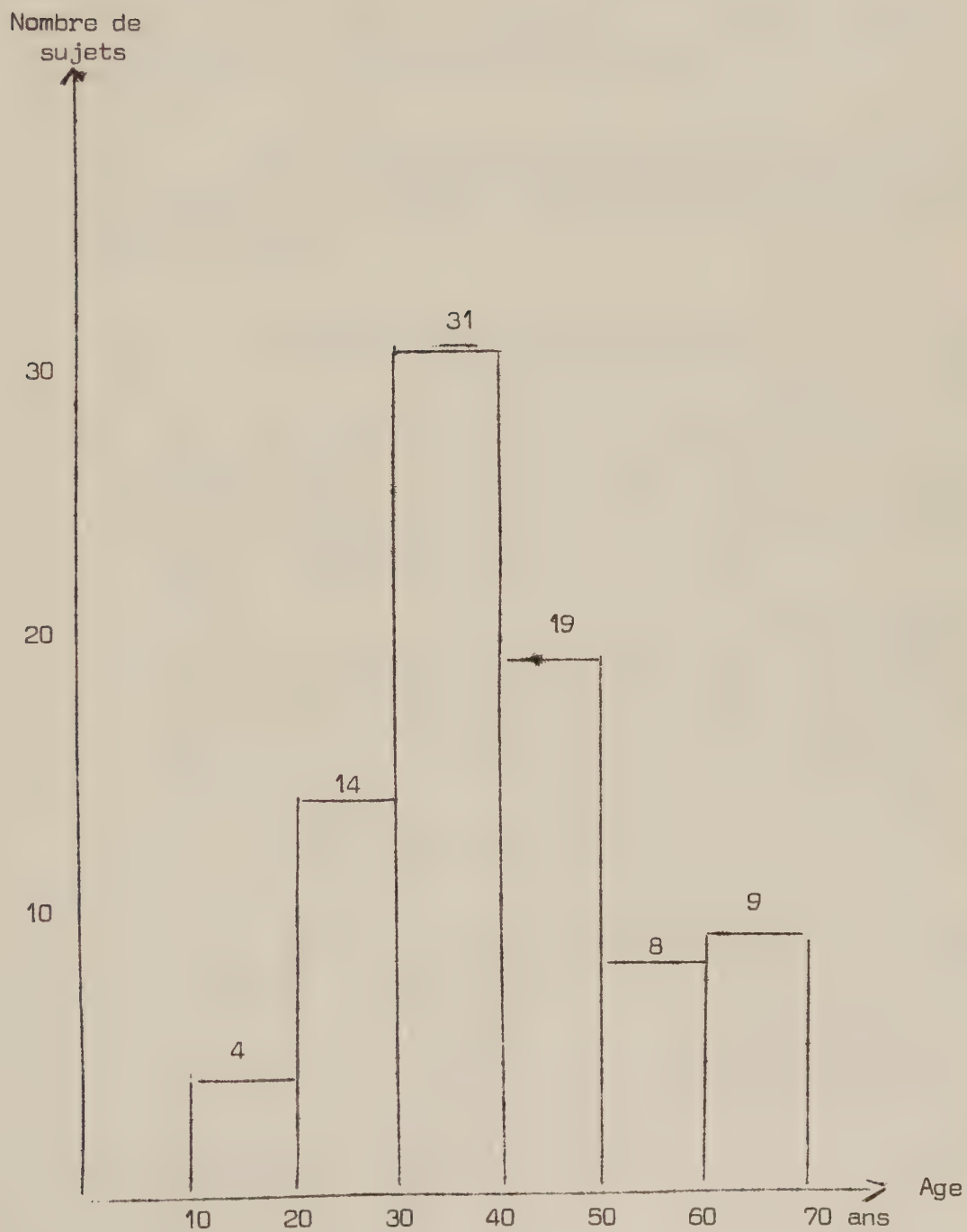


Figure 1

Histogramme de classes d'âge

Il y a 23 transplantés (27 %) parmi les sujets étudiés (8 maghrébins, 3 espagnols, 2 yougoslaves, 1 française rapatriée d'A.F.N., 1 malgache, 1 martiniquais, 1 portugais, 1 italien, 1 roumain, 1 russe, 3 d'origine non notée).

Dans deux cas seulement le rôle possible de médicaments (salicylés et corticoïdes) a pu être envisagé dans la détermination de l'ulcère.

9 malades ont un éthylysme certain.

Deux faits sont à noter de façon particulière :

- 24 malades (28 %) ont des antécédents familiaux d'ulcères gastro-duodénaux (ulcère certain ou vraisemblable dans la fratrie, ascendants et collatéraux proches).
- 4 malades seulement ont eu dans leurs antécédents pathologiques des affections à composante psychosomatique ; il s'agit d'une hypertension artérielle essentielle, de deux eczémas dont un chez une obèse et d'un psoriasis avec rhinite allergique.

b) Caractères cliniques de l'ulcère

Parmi les 85 ulcères duodénaux (dont 8 avec localisation gastrique associée) :

- 56 (65 %) ont un syndrome douloureux typique ulcéreux ;
- 44 (52 %) ont commencé leur maladie ulcéreuse avant (ou à) 30 ans ;
- Chez 12 sujets (14 %) le début des troubles remonte à un

an au moins ; chez 23 sujets (27 %) le début remonte à 10 ans et plus ;

- 29 malades (34 %) ont eu des complications avant l'examen :
15 ont eu des hémorragies digestives et 15 une perforation duodénale (5 ont été suturés) ; un même malade a eu hémorragies et perforation au cours de l'évolution de son ulcère, ceci de façon successive ;
- 12 malades (14 %) ont eu un ulcère réagissant médiocrement au traitement médical institué mais n'ont pas été opérés en raison de contre-indications diverses ;
- 6 (7 %) ont dû être opérés à plus ou moins longue échéance (l'étude de la sécrétion gastrique et l'investigation psychosomatique ont été faites avant l'intervention).

On voit que notre population est particulière par deux caractères au moins :

- . la proportion élevée des transplantés (à peu près un quart)
- . la relative gravité de la maladie ulcéreuse car un tiers d'ulcères a été compliqué d'hémorragies ou de perforations avant le premier examen dans le Service ; chez environ un cinquième des sujets, les résultats du traitement médical ne sont pas satisfaisants (7 % des malades au total ont dû être opérés).

B) L'étude de la sécrétion gastrique

L'étude porte sur la sécrétion basale (spontanée) et la sécrétion stimulée.

Elle est faite par tubage gastrique (sur le sujet à jeun ; la sécrétion gastrique est aspirée et recueillie par fractions de 15 minutes).

1°) La sécrétion basale spontanée

Elle est étudiée pendant une heure : après recueil du premier échantillon A équivalent au liquide à jeun, les prélèvements au temps 15', 30', 45' et 60' représentent cette sécrétion basale.

- a) Les éléments mesurés sont :
- outre le volume sécrété,
 - la sécrétion acide basale

L'étude est à la fois qualitative exprimée en concentration d'HCl (mEq ‰) et quantitative exprimée en débit d'HCl (produit de la concentration par le volume sécrété en une heure).

L'acidité est évaluée par titrimétrie selon la technique de LAMBLING (21) permettant d'évaluer l'acidité libre et l'acidité totale, la différence entre les deux (acidité différentielle) étant liée à la présence de mucine acide.

Dans l'étude actuelle, les deux paramètres retenus pour caractériser la sécrétion acide basale sont :

- . la concentration acide maximum : c'est la concentration de l'échantillon qui a la plus grande concentration acide ;
- . le débit acide.

- la sécrétion peptique

Son étude est faite par détermination de l'activité protéolytique par dosages enzymatiques ; les résultats sont exprimés en quantité de tyrosine libérée (μ g de tyrosine libérée par ml de suc gastrique). L'expression des résultats peut être faite en concentration et en débit. Cette étude n'a été faite ici que chez 54 sujets sur les 85 (63 %) . Elle a permis l'étude :

- de la corrélation acido-peptique

C'est la comparaison entre la sécrétion acide et la sécrétion peptique. Cette comparaison s'établit en utilisant pour la sécrétion acide le débit acide primaire et pour la sécrétion peptique le débit peptique. Elle est établie en fonction du temps, en utilisant le résultat des échantillons B, C, D, E recueillis chaque quart d'heure. Les différents points s'alignent selon une droite sur laquelle on repère graphiquement la quantité de pepsine secrétée pour un volume acide primaire de 25 ml (K_{25}) (21).

Ce mode d'étude trouve son application en fonction des mécanismes physiologiques de la sécrétion gastrique : la stimulation vagale provoque une double réponse acide et peptique ; la stimulation gastrinique provoque une réponse acide prédominante.

L'étude du K_{25} n'a été faite que chez 54 de nos 85 malades ; elle n'est interprétable que dans 51 cas.

b) Les valeurs de référence sont :

- . pour la concentration acide maximum basale, la limite supérieure de référence est de 80 mEq %^o ;
- . pour le débit acide basal, les limites inférieures et supérieures de référence sont 1,5 et 6 mEq.
- . pour le K_{25} pré-histaminique, les valeurs moyennes sont comprises entre 45 et 70.

2°) La sécrétion stimulée

Après recueil (1 heure) de la sécrétion spontanée, est faite une stimulation pharmaco-dynamique. La sécrétion gastrique est étudiée pendant deux heures.

a) L'histamine a été le stimulant utilisé dans 66 cas (77 %) . Il s'agit du bichlorhydrate d'histamine (dose de 0,1 mg/10 kg de poids) injectée après une heure de sécrétion spontanée. Cette technique entraîne une stimulation submaximale de la masse glandulaire gastrique. Les résultats sont jugés sur la première heure après stimulation.

b) L'hista_{log} (3-β amino-éthyl pyrazole) a été utilisé dans 19 cas (23 %) à la dose de 2 mg/kg de poids sans dépasser 130 mg par injection. Cette technique permet une stimulation

maximale de la masse glandulaire.

c) Les valeurs de référence du débit acide après stimulation sont :

- 5 mEq et 15 mEq pour les limites du débit post-histaminique étudié pendant la 1ère heure ;
- 23 mEq et 35 mEq en cas de stimulation par l'histalog (débit pour la 1ère heure).

C) L'étude psychosomatique

Elle se propose à la suite du travail initial de de M'UZAN et BONFILS (1961) (15) de classer en quatre types cliniques les sujets ulcéreux : type I "hyperactif" ; type II ou "équilibré" ; type IV ou "passif" ; type III ou "instable". Ce classement est établi de la façon suivante :

1°) Technique de l'examen psychosomatique

Cet examen a lieu en face à face. Il diffère radicalement tant de l'interrogatoire médical classique que de l'interrogatoire psychiatrique en ce sens qu'il s'agit d'un entretien autant que possible non dirigé.

Le but d'une telle technique analogue à celle de F. DEUTSCH qu'il nomme "anamnèse associative" (6) est de ne pas enfermer le malade dans un réseau serré d'interrogations ; ainsi le flux associatif du sujet peut se dérouler entraînant l'émergence pêle-mêle des symptômes mais aussi des facteurs affectifs familiaux, professionnels, etc...

Pour relancer l'entretien lorsque les associations du malade s'interrompent, l'investigateur dispose :

- du levier traumatique du silence : dans le silence (attitude d'attente silencieuse de l'examineur) le malade est la proie d'une tension émotionnelle à laquelle il essaie d'échapper par la verbalisation de ce qui est le plus proche de sa conscience.

- la relance associative ; elle consiste à reprendre sous une forme interrogative une des phrases du malade en utilisant exactement le vocabulaire de ce dernier afin de ne pas influencer l'entretien par un paramètre personnel.

Ce n'est qu'en fin d'entretien que l'on se permet de poser des questions sur tel ou tel point à préciser ou sur la vie onirique du patient.

Au terme de cet examen, ont été livrés un certain nombre de renseignements :

- matériel biographique concernant la vie familiale, sociale ou professionnelle ;
- données sur la vie mentale : existence ou non des manifestations psycho-névrotiques ; qualités de la vie onirique et fantasmatique ;
- la relation d'objet du sujet transparait à travers la relation affective qu'il établit avec l'investigateur au cours de l'entretien, témoin révélateur et modèle de la relation sociale en quelque sorte instinctive du malade.

Réalisation pratique de l'étude psychosomatique

Les examens psychosomatiques ont été faits par trois médecins psychosomaticiens de formation psychanalytique (Dr. de M'UZAN pour 3 malades ; Dr. HACHETTE pour 79 malades ; Dr. LARAN pour 3 malades).

Chaque examen a été fait avant que le médecin somaticien ne donne éventuellement des renseignements cliniques et para-cliniques à l'investigateur ; ce n'est qu'après qu'à eu lieu la confrontation des données (certitude du diagnostic d'ulcère par exemple).

Cette étude psychosomatique a été faite de façon systématique ; les malades n'ont pas été sélectionnés en raison d'un contexte psychologique particulier.

2°) Les données psychosomatiques

Il est apparu (15) que les relations affectives de l'ulcéreux qui comprennent aussi bien ses relations avec son monde intérieur qu'avec son entourage familial et social, sont singularisées par la prédominance nette d'un système adaptif : l'oscillation entre l'expression de tendances actives et celle de tendances passives-réceptives.

Les tendances passives-réceptives s'expriment en règle par un bilan le plus souvent inconscient de prise en charge, de soutien de dépendance. Les tendances actives s'expriment par un besoin de responsabilités, de compétition plus ou moins agressive, par une revendication de liberté, en un mot

d'indépendance. Le mouvement d'oscillation se situe donc entre un pôle où la dépendance est acceptée voire souhaitée mais bientôt souvent intolérable, et un pôle où la dépendance est refusée, le sujet devenant en vertu d'une attitude réactionnelle hyperactif, soucieux, avant tout, de son autonomie, trouvant là l'occasion de nouvelles tensions émotionnelles auquel il voudra échapper en se tournant vers l'autre pôle.

Il est important de noter que ce qui est appelé le système activité-passivité en tant que comportement défensif ou technique d'adaptation n'est pas spécifique de l'ulcéreux, qu'il existe chez un très grand nombre de malades dits psychosomatiques ; cependant le tableau clinique n'est jamais aussi pur que chez l'ulcéreux.

C'est en fonction des modalités de ce système activité-passivité que sont décrits les quatre types psychosomatiques. Nous en donnons une description aussi schématique que possible, étant entendu qu'il existe des termes de passage d'un type vers un autre type et qu'un petit nombre de sujets n'entrent pas dans cette classification.

a) Lorsqu'un compromis a pu s'instaurer entre les tendances opposées, c'est le type II ou "équilibré". Il s'agit le plus souvent d'un sujet dont l'existence paraît libre de tout conflit grave et chez lequel on ne relève pas d'évidentes conduites névrotiques. Le malade mène une activité professionnelle stable, modérément compétitive et une existence familiale dominée en fait par la passivité. Il a épousé en règle générale une femme maternelle, assez souvent frigide et supportant bien sa frigidité, beaucoup plus attentive à son intérieur qu'à

la vie sexuelle. Elle est en fait, plus ou moins secrètement, mais indiscutablement, l'élément dominateur.

b) Le rôle d'indépendance et les tendances hyperactives sont au premier plan dans le type I "hyperactif". Chez la moitié des cas, il s'agit d'un homme jeune dont la vie paraît déchirée par des conflits, essentiellement de nature professionnelle. C'est l'homme d'action, lancé dans une continuelle compétition. La moindre contrainte lui est intolérable ; mieux encore le repos est regardé comme une contrainte. La vie familiale est également marquée par une intolérance à toute situation de dépendance. La vie conjugale est inexistante ou désorganisée. Dans son dialogue avec le médecin, ce type de malade affirme très vite son indépendance. Le mot de "contrainte" lui viendra souvent aux lèvres de même que celui de "liberté". Enfin, l'activité sexuelle est beaucoup moins liée au plaisir qu'à une auto-démonstration de puissance.

c) Le pôle de dépendance domine absolument chez le type IV "passif", qui s'oppose presque point par point au précédent. Le tableau est celui d'une désadaptation sociale installée ou menaçante. La revendication de prise en charge, de dépendance, trouve sa justification dans la symptomatologie ulcéreuse même et s'adresse à tout l'entourage, social, familial et médical. Des manifestations dépressives et anxieuses sont assez fréquemment constatées.

d) On peut enfin observer - dans moins de 10 % des cas - une alternance schématique et nette à plus ou moins court terme entre les deux pôles que nous venons de décrire, entre

les manifestations de dépendance et d'indépendance. C'est le type III "instable", qui affecte le plus souvent des sujets de moins de trente ans (certains militaires, engagés volontaires par exemple). C'est dans cette catégorie que la carence de la vie conjugale est la plus importante et qu'on peut observer la juxtaposition d'un alcoolisme.

Les principaux caractères de chaque type psychosomatique peuvent être schématisés en un tableau (tableau I) où sont notés le type de relation du sujet, l'existence éventuelle de manifestations psycho-névrotiques, (rareté d'une structure névrotique très caractérisée ; l'organisation obsessionnelle paraît la moins rare) ; la vie sociale, la vie familiale et l'état des tendances passives réceptives (15).

RELATION	MANIFESTATIONS PSYCHO-NEVROTIQUES EVENTUELLES	VIE SOCIALE	VIE FAMILIALE	DEFENSE
indépendance et rivalité	compulsions et obsessions	hyperactif et compétitif	déséquilibrée	rejet des ten- dances passives- réceptives
oscillation dépendance-indépendance	mineures	stabilité compétitif modéré	équilibrée, épouse maternelle	rejet des ten- dances passives- réceptives dans un domaine, accep- tation dans un autre
alternance dépendance-opposition agressive	importantes éthylisme fréquent	instabilité	carence	alternance entre expression et re- jet des tendances passives-réceptives
dépendance	dépressives et anxieuses	désadaptation	absente ou disloquée	expression + des tendances passives réceptives

TABLEAU I

Les types psychosomatiques (selon de M^UZAN et BONFILS)

III - RESULTS
-:-:-:-:-:-:-:-

III.- RESULTATS

Répartition de la population dans les types psychosomatiques

Les 85 sujets se répartissent ainsi :

type II	45	(53 %)
type IV	20	(23 %)
type I	11	(13 %)
type III	3	(4 %)
atypiques	6	(7 %)

La moitié donc de la population est faite de sujets ayant un type II ; à peu près le quart est fait de sujets ayant un type IV ; le type I est beaucoup moins représenté, plus cependant que le type III qui est rare (seulement 3 sujets). Seulement 6 sujets (7 %) n'ont pas les caractéristiques qui leur permettent d'entrer dans cette classification.

A) Corrélation entre caractéristiques cliniques et types psychosomatiques.

1°) Le tableau III résume cette étude. (page 28)

On voit qu'il existe quelques particularités cliniques dans chaque type psychosomatique.

- L'âge (lors de l'examen) : alors que la moyenne générale est de 40 ans, la moyenne des sujets type I est de 33 ans. A noter aussi que les 3 sujets de type III ont moins de 30 ans.

Si on compare les nombres de sujets dans les classes d'âge suivantes : (avant ou à) 30 ans - de 30 à 50 ans - après 50 ans - on note de la même façon la plus grande proportion de type I (4 sujets / 11 : 36 %) dans la catégorie des moins de 30 ans.

AGE (lors de l'examen)	II 45	IV 20	I 11	III 3	atyp. 6
avant (ou à) 30 ans	6 (13 %)	4 (20 %)	4 (36 %)	3	1
de 30 à 50 ans	26 (57 %)	12 (60 %)	6 (54 %)		4 (66 %)
après 50 ans	13 (30 %)	4 (20 %)	1 (9 %)		1

TABEAU II

Age (lors de l'examen) et types psychosomatiques

	Total des mala- des examinés (85)	II (45)	IV (20)	I (11)	III (3)	atyp. (6)
Age lors de l'examen (moyenne)	40 ans	41 ans	41 ans	33 ans	23 ans	38 ans
Sexe homme femme	71 (83 %) 14 (17 %)	39 (86 %) 6 (14 %)	15 (75 %) 5 (25 %)	9 (81 %) 2 (19 %)	3 0	5 1
ulcères familiaux	24 (28 %)	12 (35 %)	5 (25 %)	5 (45 %)	1	1
transplantation	23 (27 %)	10 (22 %)	7 (35 %)	3 (27 %)	2	1
thyroïdisme	9	1	5	0	2	3
début avant (ou à) 30 ans	44 (52 %)	18 (40 %)	11 (55 %)	8 (72 %)	3	4
durée d'évolution < 1 an	12 (14 %)	3 (6 %)	3 (15 %)	4 (36 %)	0	2
> 10 ans	23 (27 %)	13 (29 %)	3 (15 %)	4 (36 %)	1	2
syndrome douloureux typique	56 (65 %)	32 (70 %)	12 (60 %)	7 (63 %)	2	3
complications hémorragies perforations	15* 29 (34 %) 15	7* 12 (26 %) 6	4 7 (35 %) 3	2 5 (45 %) 3	1 2 1	1 3 2
résultats médicaux du traitement médical	12 (14 %)	6 (13 %)	2 (10 %)	2 (18 %)	1	1
intervention	6 (7 %)	5 (12 %)	0	1	0	0

* le même sujet a eu successivement une perforation et un syndrome hémorragique

TABEAU II -- Caractères cliniques de l'ulcère et types psychosomatiques

- Début avant (ou à) 30 ans : on trouve, comme précédemment le pourcentage nettement plus élevé des types I (8/ 11 : 72 %) que le pourcentage moyen (52 %).

- Le sexe : on note une proportion un peu plus élevée des femmes (5/20 : 25 %) dans le type IV que dans la population générale (17 %).

- La notion d'ulcère familial est retrouvée chez 5 des 11 sujets du type I (45 %) alors que le pourcentage moyen est de 28 %.

- La transplantation est un facteur noté chez 7 des 30 sujets du type IV (35 %) alors que le pourcentage moyen est de 27 %.

- L'éthylisme est un peu plus fréquent dans le groupe des sujets type IV (5/20 : 25 %) que dans la population générale (10 %)

- Il n'y a pas de différences notables en ce qui concerne la symptomatologie clinique de l'ulcère dans les différents types psychosomatiques. Le caractère typique du syndrome douloureux (double périodicité) est également représenté dans chaque groupe.

- En ce qui concerne l'ancienneté de l'ulcère au moment de l'examen, on peut noter un écart net du type I par rapport à la moyenne : 4/11 (36 %) ont un début remontant à moins d'un an ; alors que dans la population générale le pourcentage respectif est de 14 %.

- La fréquence des complications dans les antécédents des malades est très élevée dans la population générale ; environ

un tiers de sujets ont eu avant leur examen dans le Service une hémorragie ou une perforation. Ce sont ceux qui appartiennent au type I (5/11 : 45 %) qui sont un peu plus souvent touchés.

- L'évolution sous traitement médical montre que ce sont les ulcéreux type IV qui bénéficient des meilleurs résultats quant à l'évolution ulcéreuse proprement dite : 2/20 (10 %) ont un résultat médiocre ; aucun n'est opéré malgré la demande d'intervention du sujet souvent . Pour ce dernier point il est important de préciser que ce sont les ulcéreux type II qui tolèrent le mieux sur le plan psychologique l'intervention, laquelle ne fait qu'aggraver la désadaptation du type IV et risque d'entraîner chez certains sujets du type I, fragiles malgré leurs apparences, une mauvaise tolérance à la gastrectomie et une déficience psychosexuelle.

En résumé, on note donc :

- dans le type I : une moyenne d'âge inférieure (33 ans) à celle de la population globale (40 ans) ; la plus grande fréquence des débuts avant 30 ans, des ulcères familiaux, des débuts remontant à moins d'un an (lors de l'examen), des complications (hémorragies ou perforation).
- dans le type IV : le plus haut pourcentage de femmes, de transplantés, d'éthyliques.

2°) L'analyse statistique* des données recueillies dans cette étude des corrélations entre les caractéristiques cliniques de l'ulcère et les aspects psychosomatiques du sujet montre (M. LEWIN) qu'il existe :

...

* On a utilisé selon les cas, la méthode du χ^2 avec la correction de YATES, le t. de STUDENT pour comparaison des populations indépendantes.

- une différence significative entre l'ancienneté de l'ulcère du type I (fréquence des débuts datant de moins d'un an) et du type II (rareté des débuts datant de moins d'un an, lors de l'examen) à $0,02 \leq p \leq 0,05$ (p représente le risque d'erreur inférieur ici à 5 % ce qui est très significatif).

C'est la population du type I qui est particulière comme le montre la comparaison de chaque groupe par rapport à la population globale, et du groupe I par rapport aux autres groupes II, III, IV réunis.

- Les autres différences concernant notamment l'âge, la fréquence du début avant 30 ans, le caractère familial, la transplantation, la fréquence des complications, entre les divers types psychosomatiques, ne sont pas réellement significatives.

B) Corrélations entre sécrétion et types psychosomatiques

1°) Deux tableaux résument les données.

Le premier tableau (Tableau IV) comporte le nombre de sujets de chaque catégorie sécrétoire représentés dans chaque type psychosomatique.

Le deuxième tableau (Tableau V) exprime les moyennes des paramètres sécrétoires (moyenne avec zone de risque) dans chaque groupe psychosomatique.

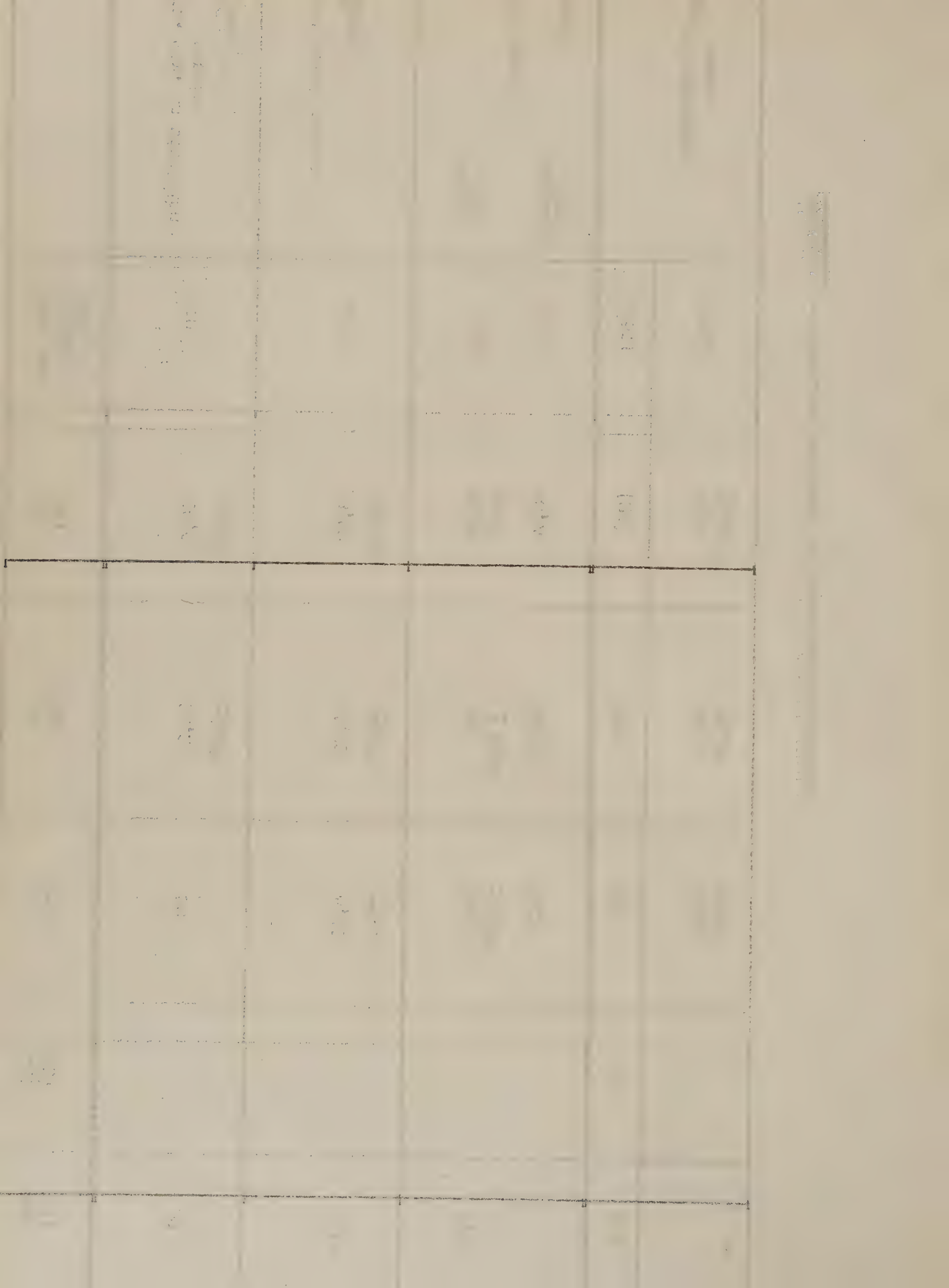
On constate des différences très nettes entre la sécrétion des types II, IV, I et III, que l'on considère le nombre des sujets dans chaque catégorie sécrétoire, ou la moyenne des paramètres sécrétoires.

	Total des malades (85)	II (45)	IV (20)	I (11)	III (3)	atyp. (6)
Conc. max. préhist. ≥ 80	8 (9 %)	4 (9 %)	0	3 (27 %)	1	0
Débit basal horaire $\leq 1,5$ ≥ 6	32 (37 %) 18 (21 %) 35 (42 %)	20 (44 %) 9 (20 %) 16 (36 %)	7 (35 %) 1 (15 %) 12 (60 %)	2 (18 %) 6 (54 %) 3 (28 %)	0 1 2	3 1 2
entre 1,5 et 6						
Débit post- histam. ou post- histalog entre 5 et 15 (entre 23 et 35)	17 (20 %) 22 (26 %) 46 (54 %)	6 (13 %) 15 (33 %) 24 (53 %)	8 (40 %) 2 (10 %) 10 (50 %)	0 2 (18 %) 9 (82 %)	1 1 1	2 2 2
Malades ayant un K ≥ 25	(51)	(25)	(13)	(9)	(2)	(2)
≤ 25 préhist. ≤ 45 ≥ 70 entre 45 et 70	24 (47 %) 8 (16 %) 19 (37 %)	15 (60 %) 4 (16 %) 6 (24 %)	5 (38 %) 2 (15 %) 6 (46 %)	3 (33 %) 2 (18 %) 4 (36 %)	0 0 2	1 0 1

TABLEAU IV - Sécrétion (Nombre de sujets par catégories) et types psychosomatiques

conc. max. en sécrétion basale (mEq/ %)	Total des malades (85)	II (45)	IV (20)	I (11)	III (3)	atyp. (6)
40		38,6 ±4,55	33,2 ±3,58	58		39
débit basal horaire (mEq)	3,54	3,52 ±0,56	1,99 ±0,11	6,16 ±1,3		3,18
débit post (mEq)	11,84 27,2	13,52 ±3,11 28,74	6,7 ±2,83 24,33	15,3 ±7,59 24,9		8,44
histam. (66)						
histalog (19)						
K ₂₅ en sécrétion basale	(51) 52,2	(25) 51,1 ±4,03	(13) 54,4 ±5,39	(9) 52,9 ±5,57	(2)	(2)

TABLEAU V - Sécrétion (moyennes) et types psychosomatiques



. En sécrétion basale

- La concentration chlorhydrique maximum est nettement plus élevée dans le groupe I (pourcentage le plus élevé de sujets ayant une concentration maximum ≥ 80 ; moyenne la plus haute), que dans les groupes II, III, atypiques et surtout IV (aucun sujet n'a une concentration maximum ≥ 80 mEq %^o ; moyenne la plus basse).
- Le débit basal horaire est nettement plus élevé dans le groupe I (pourcentage le plus élevé de sujets ayant un débit 6 mEq ; moyenne la plus haute) que dans les groupes II, III, atypiques et surtout IV (pourcentage le plus bas de sujets ayant un débit ≥ 6 mEq ; moyenne la plus basse).
- Les K_{25} des différents groupes psychosomatiques sont par contre pratiquement identiques.

. En sécrétion stimulée

Le débit horaire est nettement plus bas dans le groupe IV (pourcentage le plus élevé de sujets ayant un débit post-histaminique ≤ 5 mEq ou post-histalog ≤ 23 mEq ; moyenne la plus basse lors de la sécrétion histaminique).

Les moyennes des débits post-histalog sont par contre voisines.

2°) L'étude statistique montre qu'il existe des différences significatives nettes dans la sécrétion des groupes psychosomatiques

Elles sont schématisées en deux tableaux
(tableaux VI et VII)

...

Les résultats obtenus sont donc assez nettement tranchés, donnant à chaque type un profil sécrétoire propre.

Le type I "hyperactif" est caractérisé par la fréquence et la netteté des hypersécrétions (plus encore en sécrétion basale qu'en sécrétion stimulée), s'opposant à la rareté des hypersécrétions, aux chiffres nettement inférieurs des paramètres sécrétoires du type IV "passif".

Quant aux type II "équilibré" il se situe en général autour de la moyenne globale pour toutes les valeurs obtenues par l'étude de cette population.

sécrétion basale	conc. acide max. ≥ 80 mEq % débit basal horaire ≥ 6 mEq	(I) ——— TS* ——— (IV) (I) ——— TS ——— (IV + II + III) (I) ——— TS ——— (IV) (I) ——— TS ——— (IV + II + III)
sécrétion stimulée	≤ 5 mEq (23 mEq) débit post-histaminique (ou post-histalog) ≥ 15 mEq (35 mEq)	(IV) ——— S* ——— (I) (IV) ——— S ——— (II) (IV) ——— S ——— (I + II + III) (IV) ——— S ——— (II)

* TS : différence très significative

($p < 0,05$ soit risque d'erreur $< 5\%$)

S : différence significative

($p \leq 0,10$ soit risque d'erreur $< 10\%$)

TABLEAU VI - Différences significatives dans la sécrétion des divers groupes psychosomatiques
(Nombre de sujets par catégories)

sécrétion basale	conc. acide max. débit basal horaire	(I) — TS* — (IV) (I) — TS — (IV) (I) — TS — (II)
sécrétion post-histaminique	débit horaire	(IV) — TS — (I) (IV) — TS — (II) (IV) — TS — (I + II + III)

* TS : différence très significative ($p < 0,05$ soit risque d'erreur $< 5\%$)

TABLÉAU VII — Différences significatives dans la sécrétion des divers groupes psychosomatiques (moyennes des paramètres sécrétoires)

IV - DISCUSSION DES RESULTATS

IV.- DISCUSSION DES RESULTATS

A) Etude critique des résultats

1°- Etude critique du matériel et des méthodes d'étude utilisées.

a) La population étudiée

Bien qu'il s'agisse d'une population non sélectionnée (les études sécrétoires et psychosomatiques ont été faites systématiquement), il y a lieu de se demander si elle est représentative de la population générale des ulcéreux duodénaux.

Il faut noter là qu'il s'agit d'une population hospitalière ; 31 sujets ont dû être hospitalisés ; 54 ont été examinés en consultations.

Deux faits au moins comme on l'a vu caractérisent ces 85 sujets :

- la relative gravité de leur ulcère (dans un tiers des cas, l'ulcère a été compliqué d'hémorragies ou de perforation notamment ;
- la proportion élevée de transplantés (à peu près un quart, dont 8 maghrébins).

Cette population est-elle représentative sur le plan sécrétoire ?

On sait les grandes variations des résultats des études faites sur la sécrétion chez l'ulcéreux comme chez le sujet normal. Cela tient, outre les différences de technique, aux divergences existant entre les groupes étudiés. En effet, des populations de sujets jeunes ou âgés (la sécrétion gastrique diminue de façon marquée après 50 ans), hommes ou femmes (la sécrétion gastrique est plus faible chez la femme), sportifs ou sédentaires, ont des caractéristiques sécrétoires différentes (4).

- On a vu que la moyenne d'âge était de 40 ans et la répartition de 71 hommes (83 %) et 14 femmes (17 %). Ces chiffres sont tout à fait voisins de ceux d'autres populations non sélectionnées d'ulcéreux.

- D'autre part, lorsqu'on compare les chiffres sécrétoires obtenus dans cette étude à ceux trouvés dans les travaux utilisant la même méthode, on note qu'ils sont voisins. Ainsi la moyenne du débit basal horaire est ici de 3,54 mEq, très proche de celle (3,53 mEq) de l'étude faite par RACHET et LE QUINTREC (1965) ou de celle (4 mEq) trouvée par BADER et al. (1967) (4).

Cette population est-elle identique sur le plan psychosomatique à celle étudiée par de M'UZAN et BONFILS lors de leur étude initiale de 108 sujets ?

Lorsqu'on observe la répartition des sujets dans les types psychosomatiques, on note dans cette étude :

- une proportion tout à fait identique de types II (la moitié) ;

...

- par contre une certaine diminution des types I (13 % contre 28 % en 1961) au profit d'une augmentation des types IV (23 % au lieu de 16 % en 1961) et de l'apparition d'aspects atypiques (7 % ; absence en 1961) !

Aucune explication évidente ne peut être donnée à ces variations concernant les types I et IV. Peut-être y a-t-il plus de transplantés dans notre série de 85 sujets ? On sait en effet que la transplantation est un facteur de désadaptation socio-professionnelle et familiale (pour beaucoup) et donc de décompensation en type IV.

b) Les méthodes utilisées

Il n'apparaît pas utile de s'étendre sur la technique d'étude de la sécrétion employée ici, sinon pour dire que c'est la plus habituelle et rappeler les variations sécrétoires spontanées d'un jour à l'autre, chez le même sujet, ce qui limite donc la précision des résultats de cette étude.

Plus intéressant est de parler de l'investigation psychosomatique faite ici et des éventuelles critiques méthodologiques pouvant être faites à son sujet.

En effet, l'aspect incomplet et fragmentaire des données recueillies en un seul examen, l'absence de données objectives apportées par des tests ou des questionnaires, la nature même du matériel envisagé dans la perspective adoptée (recherche d'un conflit en grande partie inconscient), l'absence d'étude d'une population témoin de sujets non ulcéreux sont autant de points discutables.

Il importe, dans ce sens, de préciser que le but de cette étude psychosomatique n'est pas de cerner la personnalité du sujet dans tous ses aspects (ce qui exigerait bien entendu une étude beaucoup plus complète à l'aide d'entretiens répétés, de tests de personnalité) mais d'essayer de se faire une idée des relations affectives de l'ulcéreux, des aspects qu'elles prennent en fonction du mode de résolution du conflit activité-passivité considéré depuis ALEXANDER et retrouvé dans ce travail, comme généralement net chez l'ulcéreux.

Il apparait, dans cette optique, qu'un entretien non dirigé peut, non sans difficultés techniques et une certaine anxiété chez le sujet, parfois permettre une étude des mécanismes psychiques que le patient utilise dans sa relation avec le médecin, en même temps que recueillir certains éléments biographiques, conflits présents et passés, d'une manière significative puisque confrontés avec le transfert.

D'autre part, le type de conflit activité-passivité décrit ici n'est pas spécifique de l'ulcéreux ; il est seulement particulièrement marqué chez lui.

2°- Etude critique des corrélations significatives trouvées entre sécrétion et types psychosomatiques .

a) Quelle est leur valeur ?

Malgré certaines précautions d'ordre méthodologique (exclusion du cadre de ce travail des ulcères gastriques afin de rendre la population homogène sur le plan sécrétoire, matériel non sélectionné ; examen psychologique fait en aveugle, le

psychosomaticien ne connaissant pas bien entendu les données de l'étude sécrétoire ni les caractéristiques cliniques de l'ulcère ou la certitude du diagnostic par exemple), se pose la question de la valeur à accorder à la mise en évidence de cette corrélation.

N'y a t-il pas un facteur d'ordre général pesant sur cette corrélation d'une manière telle qu'il enlève tout intérêt de la significativité trouvée statistiquement ?

Nous avons donc vérifié que ni l'âge, ni le sexe n'intervenaient dans la détermination de la corrélation. En effet, les différents groupes psychosomatiques ont une moyenne d'âge et une répartition dans les deux sexes voisines. En aucun cas, les quelques différences mineures, non significatives statistiquement, entre l'âge et le sexe des types I et IV, ne peuvent expliquer la différence très significative de leur sécrétion. De même, l'ancienneté de l'ulcère ne paraît pas intervenir.

b) Quelle est leur signification ?

L'existence de différences significatives dans la sécrétion des grands groupes psychosomatiques I, IV et II permet en définitive de distinguer trois populations d'ulcéreux duodénaux relativement homogènes sous le double aspect sécrétoire et psychologique : une population de sujets "hyperactifs" caractérisés par la netteté et la fréquence des hypersécrétions, s'opposant au groupe des ulcéreux "passifs" chez qui on note une rareté des hypersécrétions des chiffres nettement inférieurs des constantes sécrétoires et une population des sujets "équilibrés" dont les valeurs des paramètres sécrétoires se situent autour de la moyenne de celles retrouvées dans la population globale.

On voit donc reliée l'activité sécrétoire gastrique à des dispositions psychiques durables s'intégrant à la personnalité du sujet.

Rien n'autorise cependant à dire dans le cadre de ce travail qu'il s'agit d'une relation de causalité.

Ainsi la signification des corrélations psycho-sécrétoires retrouvées ici chez l'ulcéreux apparaît (actuellement) bien différente de celle qui se dégage de la constatation des modifications sécrétoires liées à certains stress, certaines émotions ou états psychiques transitoires, modifications bien mises en évidence par de nombreux travaux ; citons celui de GOLDMAN (8) par exemple montrant sur 16 patients dont 9 ulcéreux qu'un entretien médical entraîne une hypersécrétion chez tous et que celle-ci est beaucoup plus nette chez les ulcéreux que chez les non-ulcéreux (un certain chevauchement des résultats de deux groupes est cependant observé). Dans ce cas, la relation de causalité entre le stress et l'hypersécrétion est évidente mais il ne s'agit que d'état psychique transitoire, d'émotion et non pas de facteurs durables.

c) Quel est leur intérêt ?

La mise en évidence de trois populations relativement homogènes d'ulcéreux duodénaux sous le double aspect sécrétoire et psychologique nous paraît avoir un intérêt d'ordre physiopathologique dans le domaine de l'ulcère duodénal comme dans celui plus général des anomalies de la sécrétion gastrique.

C'est à la recherche de la nature de cette corrélation psycho-sécrétoire constatée ici qu'un travail ultérieur sera

consacré. L'observation de la sécrétion lors de changements de type psychosomatique, tels qu'on les observe par exemple dans certaines décompensations de sujets fragiles du type I en type IV à l'occasion de conflits mettant gravement en cause leur soif de compétitivité, de lutte, d'indépendance, pourrait être l'un des éléments susceptibles de contribuer à élucider ce problème.

Une relation de causalité entre type psychosomatique et niveau sécrétoire ne peut actuellement qu'être suggérée à titre d'hypothèse, hypothèse en faveur de laquelle militent les constatations de nombreux auteurs, WOLF (24), MARGOLIN et al. (12) par exemple, montrant qu'un état qui pousse à l'action, où l'on convoite ardemment quelque chose, la hargne, la causticité augmentent chez le sujet normal la sécrétion gastrique, alors qu'une humeur dépressive, un manque d'entrain la diminuent.

Bien entendu, nous mesurons toute la différence qui existe cependant sur le plan physiopathologique entre les modifications sécrétoires passagères dues à des états psychiques transitoires et un niveau sécrétoire durable, éventuellement dû à des facteurs psychiques inhérents à la personnalité.

B) Confrontation avec les résultats des autres études corrélatives de la sécrétion et des aspects psychologiques chez l'ulcéreux.

1°- Les études d'observations isolées rapportant chez l'ulcéreux des modifications sécrétoires liées à divers états émotionnels fournissent des renseignements pleins d'intérêt mais dont la signification, nous l'avons vu, est toute autre que celle de ce travail.

Citons néanmoins les constatations déjà anciennes de SHAY, SUN et coll. (18) concernant un homme de 51 ans atteint d'ulcère duodénal et exploré sur les plans psychologique et sécrétoire durant 21 mois. Les résultats de ces auteurs ont un double intérêt.

- Ils montrent qu'un entretien psychiatrique à base psychanalytique constitue un stress émotionnel qui s'accompagne de deux périodes d'hypersécrétion l'une précoce faible, l'autre tardive forte.

Cette hypersécrétion ne peut être reliée au comportement manifeste du sujet mais semble résulter des forces inconscientes qui dominent le comportement global.

- Un réflexe conditionné sécrétoire peut être créé puisque le pic sécrétoire peut apparaître sans interview, soit par mise en place du tube à l'heure actuelle de l'étude, soit par la simple présence du psychiatre.

Rappelons l'étude de GOLDMAN (8) sur 16 malades dont 8 ulcéreux, qui a montré que la stimulation sécrétoire déclenchée par l'entretien était beaucoup plus nette chez les 8 ulcéreux que les 8 non-ulcéreux (certain chevauchement des résultats observés).

2°- Les études statistiques

faites dans la même perspective que la nôtre sont très peu nombreuses.

Le travail de WEINER, THALER, REISER et MIRSKY (22) bien que ne concernant pas directement des sujets ulcéreux, est à

l'origine de données riches d'enseignement. En effet, ces auteurs en étudiant le taux des pepsinogènes sanguins et urinaires de nombreuses recrues, enfants et plus de 5.000 adultes de toute extraction sociale, montrent qu'il existe dans cette population, une catégorie de sujets hypersécréteurs et que ceux-ci, dans 85 % des cas, présentent des conflits oraux suffisamment intenses pour que sur ces seules bases psychologiques en l'absence des données sécrétoires, il soit possible de déterminer l'appartenance d'un sujet à ce groupe. Or, il semble bien que les sujets de la catégorie hypersécrétante soient notablement plus exposés à l'ulcère duodénal.

GLEN (7) a livré, en 1964, les premiers résultats d'une étude préliminaire étudiant la sécrétion (à l'aide du test à l'histamine suivi d'une vagotomie médicale par l'héxaméthonium et l'atropine) et la personnalité d'ulcéreux duodénaux (à l'aide d'entretiens et de questionnaires) classés en quatre groupes : absence de symptômes névrotiques, présence très discrète, composante anxieuse modérée) composante anxieuse très marquée (en rapport avec les difficultés de la situation du sujet). Cet auteurs indique qu'il lui semble qu'il y ait une relation entre l'anxiété situationnelle et une importante composante vagale (objectivée par la forte diminution du débit acide sous héxaméthonium), entre le type de personnalité obsessionnelle et une faible composante vagale (pas de diminution du débit sous hexaméthonium).

Selon lui il y aurait donc deux groupes de sujets : ceux qui seraient soumis à des tensions émotionnelles, anxieux, déprimés et qui auraient une hypersécrétion due à une importante composante vagale, et pour qui une psychothérapie serait indiquée ; et ceux qui n'ont aucun trait névrotique et chez qui l'étude sécrétoire ne montre pas de composante vagale notable (l'hypersécrétion

serait due exclusivement à une anomalie de production de gastrine par l'antre).

Malheureusement, l'exposé des méthodes d'étude, et l'analyse statistique (petit nombre de sujets d'ailleurs ; 24 semble-t-il) sont très incomplets. Comme l'indique lui-même GLEN, les caractéristiques sécrétoires et psychiques décrites dans les deux types d'ulcéreux isolés par cet auteur ne peuvent être données qu'à titre d'hypothèse.

GUNDARY et coll. (9) postérieurement à GLEN ont étudié la sécrétion gastrique de 40 hommes atteints d'ulcère duodénal, en utilisant également le test à l'histamine et la vagotomie médicale (26 cas).

La symptomatologie psychologique est établie (25 cas) par le jeu de questionnaires, d'interview et porte sur les affects exprimés à l'égard de personnes significatives, les stress de l'existence, les conflits et frustrations nés du mariage ; ces données sont quantifiées et les malades séparés en trois groupes selon leurs réactions émotionnelles : très peu, modérément, beaucoup.

Les auteurs qui analysent de manière très détaillée les données de la sécrétion gastrique soulignent l'ampleur des variations observées chez des sujets en apparence très superposables. Trois types peuvent néanmoins être isolés : 1 : Débit basal bas - débit stimulé bas . La caractéristique psychologique essentielle de ce groupe est la dépression. 2 : Débit basal bas débit stimulé élevé. L'anxiété est, chez ces malades, l'élément dominant . 3 : débit basal élevé - Débit stimulé élevé. Aucune caractéristique psychologique n'est propre à ce groupe qui, par contre, est

très sensible à la vagotomie médicale. Ce dernier point paraît donc en opposition avec les constatations de GLEN.

Les conclusions de GUNDRY sont très intéressantes, montrant donc que des états psychiques tels que dépression et anxiété vont de pair avec un débit acide basal bas situé dans l'échelle des valeurs d'une population d'ulcéreux duodénaux.

x

x

x

En définitive, les résultats de ces études sont très difficiles à comparer car les méthodes d'étude psychologique sont différentes, mettant en évidence selon les cas soit des symptômes psychiques (dépression, anxiété par exemple) soit certains types de personnalité (personnalité de type obsessionnel par exemple), soit encore des traits de comportement ou des modalités de réaction dans certaines circonstances de la vie, ou bien enfin les modalités prises par des relations affectives du sujet en fonction de conflits intériorisés.

Ces perspectives diverses, si elles aboutissent à des données assez hétérogènes, montrent bien en tout cas l'intrication des facteurs psychiques et du fonctionnement sécrétoire chez l'ulcéreux.

V - CONCLUSIONS
-:-:-:-:-

V - CONCLUSIONS

Cette étude de la sécrétion gastrique (sécrétion basale, corrélation acido-peptique et sécrétion stimulée) et des caractéristiques psychologiques (mise en évidence par des entretiens non dirigés) de 85 sujets examinés en milieu hospitalier ayant un ulcère duodénal de diagnostic certain non opéré, a mis en évidence des corrélations statistiquement très significatives entre le niveau sécrétoire et l'aspect psychologique de l'ulcéreux.

Ainsi, les ulcéreux "hyperactifs" (type I), particulièrement compétitifs, intolérants à toute situation de dépendance, sont statistiquement caractérisés par la fréquence et la netteté des hypersécrétions (plus encore en sécrétion basale qu'en sécrétion stimulée), s'opposant aux ulcéreux "passifs" (type IV) chez qui le besoin de prise en charge, de dépendance s'extériorise nettement, caractérisés par la rareté des hypersécrétions, des chiffres nettement inférieurs des paramètres sécrétoires.

Quant aux ulcéreux "équilibrés" (type II) trouvant un compromis entre leurs tendances actives s'extériorisant de façon modérée dans leur activité professionnelle et leurs tendances passives réceptives dans l'existence familiale par exemple, ils se situent statistiquement autour de la moyenne des valeurs obtenues dans la population globale des 85 sujets.

Dans le cadre de ce travail, aucune relation de causalité entre facteurs psychiques et activité sécrétoire ne peut être

invoquée. Cependant, les résultats de certains travaux (1,8, 12, 24) rendent plausible une telle hypothèse.

Quoiqu'il en soit, la mise en évidence de trois groupes relativement homogènes sur les plans sécrétoires et psychologiques, dans une population globale d'ulcéreux duodénaux, suggère des relations psycho-sécrétoires qui représentent tout à fait le type des phénomènes psychosomatiques dont l'analyse peut permettre de mieux cerner le délicat et périlleux domaine des relations entre la Psyché et le Soma.



Vu, le Président de Thèse :
Pr. H. BRICAIRE

Vu, le Doyen Honoraire
Administrateur Provisoire de
la Faculté de Médecine
Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET

VI - BIBLIOGRAPHIE

-:-:-:-:-

VI.- BIBLIOGRAPHIE

1.- ALEXANDER F.

La médecine psychosomatique. Payot, Paris, 1967.

2.- ALEXANDER F.

The influence of psychologic factors upon gastro-intestinal disturbances : a symposium.

Psychoanal. Quart., 1934, 3, 501.

3.- BONFILS S.

Maladies psychosomatiques et troubles psychofonctionnels.
Nécessité d'un démembrement de la pathologie psychogène
en gastro-entérologie.

Arch. Mal. Appar. digest., 1962, 51, 825.

4.- BONFILS S. et MIGNON M.

Les fonctions sécrétoires de l'estomac à l'état normal et
pathologique. Choix d'un mode de stimulation, résultats
statistiques.

Rev. Prat. Paris, 1968, 18, 1366.

5.- BONFILS S., M'UZAN M. de, HACHETTE J.C. et MAZET Ph.

Etude corrélative de la sécrétion gastrique et des caractéristiques psychosomatiques des ulcères duodénaux.

Path. Biol., 1970 (sous presse)

6.- DEUTSCH F.

The associative anamnesis.

Psychoanal. Quart., 1939, 8, 354.

6bis.- GARMA A.

La psychanalyse et les ulcères gastro-duodénaux.
P.U.F.

7.- GLEN A.

Acid output and personality type in duodenal ulcer.
J. of Psychosom. Res., 1964, 8, 213.

8.- GOLDMAN M.C.

Gastric secretion during a medical interview
Psychosom. Med., 1963, 25, 351.

9 .- GUNDRY R.K., DONALDSON R.M., DINDERHUGUES C.A. and BARRABEE E.

Patterns of gastric acid secretion in patients with
duodenal ulcer correlations with clinical and personality
flatures.

Gastroenterology, 1967; 52, 176

10.- LAMBLING A., GOSSET R. et VIAU P.

Le génie évolutif de la maladie ulcéreuse avant et après
la guerre.

Paris med., 1946, 15, 146.

11.- LAVERDANT Ch., DURIEZ R. et TOURETTE C.

Les ulcères gastro-duodénaux de guerre. Etude étiologique
à propos de 340 observations recueillies en milieu mili-
taire pendant les opérations d'Afrique du Nord.

Bull. Soc. med. Mil. Franç., 1965, 59, 309.

12.- MARGOLIN S.C.

The behavior of the stomach during psychoanalysis contri-
bution to method of verifying psychoanalytic data.

Psychoanal. Quart., 1951, 20, 349.

13.- MARTY P., M'UZAN M. de, DAVID Ch.

L'investigation psychosomatique.

Presses Universitaires de France, Paris, 1963.

14.- M'UZAN M. de

Etude psychosomatique des affections du tube digestif haut.

Encyclop. Med. chirurg. Psychiatrie, 12, 1958
Fasc. 37450 E 10.

15.- M'UZAN M. de et BONFILS S.

Etude et classification des aspects psychosomatiques de l'ulcère gastro-duodénal en milieu hospitalier.

Rev. Franç. Et. clin. biol., 1961, 6, 46.

16.- M'UZAN M. de et BONFILS S.

Implications thérapeutiques de la conception psychosomatique de l'ulcère gastro-duodénal.

Rev. Méd., 1966, 7, 885.

17.- M'UZAN M. de et DAVID Ch.

Préliminaires critiques à la recherche psychosomatique.

Rev. Franç. Psychoanal., 1960, 24, 19.

18.- SHAY H., SUN D.C.H., BLIN D., and WEISS E.,

Gastric secretory response to emotional stress in a case of duodenal ulcer : a consideration of possible mechanism involved.

J. appl. Physiol., 1958, 12, 461.

19.- SCHWARTZ D.

Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes.

Ed. Flammarion, Paris, 1963.

20.- SCHWIDDER W.

Psychosomatique et psychothérapie des troubles fonctionnels et affections des voies digestives.

Acta psychosomatica, 1966, 5.

21.- VATIER J. et DUBRASQUET M.

Les techniques d'études de la sécrétion gastrique : recueil, analyse, expression des résultats.

Rev. Prat. Paris, 1968, 18, 1361.

22.- WEINER H., THALER M., REISER F.M. and MIRSKY I.A.

Etiology of duodenal ulcer : I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (blood pepsinogen).

Psychosom. med., 1957, 19, 1.

23.- WOLF St.

The Stomach.

Oxford University Press. New-York, 1965.

24.- WOLF S. and WOLFF H.G.

Human gastric Function ; an experimental study of a man. and his stomach.

Oxford University Press, 2° Ed., New-York, 1944.

